

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1927-1928. — N° 3

SUR
UN CAS DE FIBROME
DU MEMBRE SUPÉRIEUR
à localisations multiples et successives

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. PIERRE LUCIEN

Né le 21 juin 1903, à DIJON (Côte-d'Or)



DIJON

IMPRIMERIE VEUVE PAUL BERTHIER

12, rue Berbisey, 12

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1927-1928. — N° 3

SUR
UN CAS DE FIBROME
DU MEMBRE SUPÉRIEUR
à localisations multiples et successives

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. PIERRE LUCIEN

Né, le 21 juin 1908, à DIJON (Côte-d'Or)



DIJON

IMPRIMERIE VEUVE PAUL BERTHIER

12, rue Berbissey, 12

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE	M. L. HUGOUNENQ
DOYEN	M. J. LÉPINE
ASSESSEUR	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, BARD

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUART
Physiologie	LATARGET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	X...
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
	SAVY
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THÉVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DEVIC
SARYONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
CORDIER (V)	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
			WERTHEIMER

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PATEL, Président; BONNET, Assesseur;
MM. ROCHET et WERTHEIMER, Agrégés



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE D^r LUCIEN

MÉDECIN DE L'HOPITAL GÉNÉRAL

*dont le savoir et la grande conscience
professionnelle nous fut toujours un
exemple et un guide au cours de nos
années d'études.*

A MON ONCLE

M. LE PROFESSEUR MAURICE LUCIEN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PATEL

*en le remerciant du grand honneur qu'il
nous fit de vouloir bien présider notre
thèse.*

A MES JUGES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*qui fut l'inspirateur de ce travail et
nous guida lorsque nous fûmes son
interne.*

*Nous le prions de trouver en cet ouvrage
un faible témoignage de notre recon-
naissance.*

A MES PREMIERS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE DIJON :

M. LE DIRECTEUR HONORAIRE BROUSSOLLE

M. LE PROFESSEUR ZIPFEL

ET M. LE PROFESSEUR GAULT

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETITJEAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

*dont l'enseignement fécond nous fit pa-
raître court le temps que nous fûmes
son interne.*

*Puisse-t-il trouver ici l'hommage de
notre sincère attachement et nos re-
merciements pour sa bienveillante
sollicitude à notre égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORLOT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
MÉDECIN DE L'HOPITAL

AINSI QU'A SON FILS LE DOCTEUR JEAN MORLOT

A TOUS MES MAÎTRES DE L'HOPITAL GÉNÉRAL
près desquels nous fûmes externe ou interne

MM. LES DOCTEURS BRENOT
BARON
GAUDEMET
BLANC
ROUX
BROUSSOLLE
AGRON
JEAN DUBARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER
PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE DIJON

en les remerciant de nous avoir fait profiter de leur expérience et de leurs précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR KUHN

auquel je voudrais particulièrement témoigner toute ma gratitude.

C'est en nous ouvrant largement son laboratoire, en nous éclairant de sa science si profonde de l'anatomie pathologique qu'il nous a permis de mener à bien ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

auprès duquel nous eûmes le rare bonheur d'être externe et qui nous fit si largement profiter de sa science chirurgicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

qui voulut bien nous accueillir dans son service et ne nous mentagea ni sa science, ni ses conseils.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

PARISOT
LAMY
CAUSSADE
ET THIRY

A MES AUTRES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE NANCY

A MON COUSIN ALAIN CUÉNOT

EXTERNE DES HOPITAUX DE NANCY

MEIS ET AMICIS

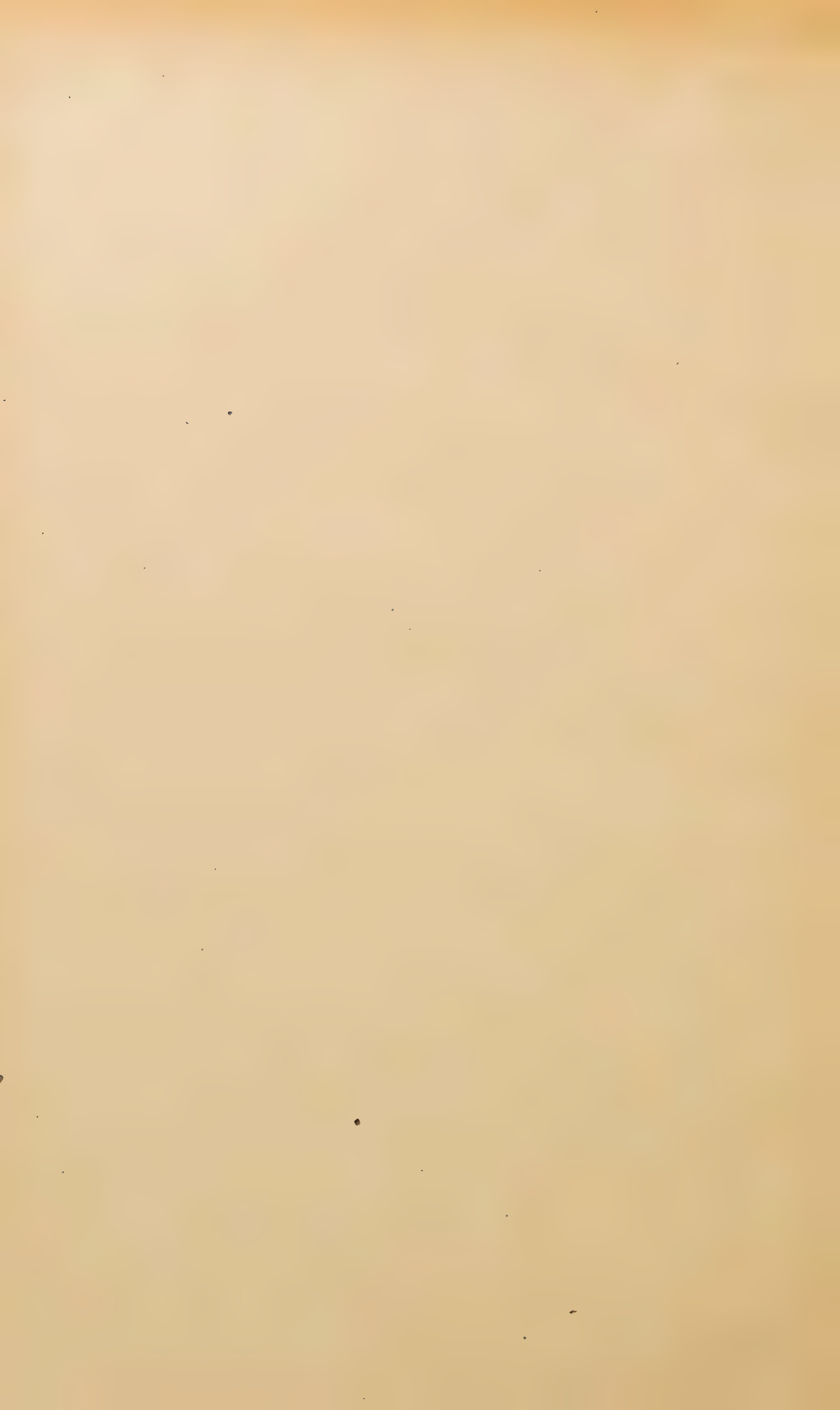
INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant de rapporter ici un cas de tumeur fibreuse du membre supérieur, histologiquement reconnue fibrôme, suivie après ablation d'apparitions successives, toujours au membre supérieur du même côté, et diversement traitées, de tumeurs en tous points semblables à la tumeur primitive.

Nous lui avons donné le nom de : Fibrôme, du membre supérieur, à localisations multiples et successives.

Son intérêt nous a semblé résider, et dans la rareté du fait, — nous n'avons, malgré de longues recherches, trouvé aucune observation semblable, — et dans la difficulté qu'il y a à le classer dans le cadre actuel des tumeurs.

Quoi qu'il en soit et quelque indécises que puissent être nos conclusions, il nous a paru que c'était tout de même apporter une modeste contribution à l'étude des tumeurs.



Observation

M^{me} T..., 28 ans.

1918. Tumeur du deuxième espace intercostal droit dans sa partie interne. Ablation.

Réapparitions successives :

1919. Au coude droit. Ablation large.

1920. A la face antérieure de l'avant-bras droit. Cinq séances de radiothérapie. Augmentation. Radium intra-tumoral.

1923. A la face dorsale de l'index droit. Ablation et radium (aiguilles).

1924. A la commissure séparant le pouce de l'index. Radium seul à distance.

1926. A la face antérieure de l'avant-bras droit en dessous de la localisation de 1920. Ablation.

Observation détaillée

Un accouchement il y a 5 ans. Pas de fausse couche. Pas de maladies antérieures.

Vient pour une tuméfaction développée au devant de la partie antérieure de la deuxième côte non loin du sternum.

Cette tumeur a débuté il y a un an et demi, a évolué progressivement, mais surtout depuis 8 mois, avec

poussée nette il y a deux mois et encore actuellement.

Pas de douleurs.

Actuellement tumeur faisant saillie, du volume d'un demi pouce, collée contre le squelette sterno costal droit, à contours nets. Ces contours se sentent surtout bien en dehors et on se rend compte à ce niveau que la tumeur est sous le grand pectoral.

Elle est absolument immobile, dure, sans points ramollis.

Pas de ganglions axillaires.

Radiographie. On voit les côtes qui sont normales. Quinze jours après la tumeur a grossi depuis le dernier examen.

Diagnostic. Sarcôme probable des première et deuxième côtes ou cartilages costaux.

Le 1^{er} août 1918. Intervention.

Anesthésie générale éther.

Résection de la première et deuxième côte avec les insertions thoraciques des pectoraux, la peau, ainsi que la plèvre pariétale attenante. En dedans on rase le sternum, en dehors les côtes sont coupées à 8 centimètres environ du sternum.

Afin de couper la première côte en y voyant bien clair, on sectionne la clavicule en son milieu un peu obliquement; l'écarteur réclinant alors le segment interne permet d'y voir clair et de dénuder convenablement l'extrémité interne de la première côte en même temps qu'il écarte en toute sécurité la veine sous-clavière.

L'ablation faite, la paroi thoracique présente une brèche vaste comme la paume de la main s'ouvrant largement dans la cavité pleurale. Au moment de refermer, la malade qui jusqu'ici a bien supporté le pneumothorax fait de l'asphyxie bleue. Respiration artificielle pendant cinq minutes.

La malade revient.

Pour refermer on ne peut ramener devant la brèche thoracique que la peau. Celle-ci est bien doublée de muscle sur la lèvre inférieure, mais la lèvre supérieure n'est formée que par la peau recouvrant la clavicule.

Le manque d'instrumentation et l'incident d'anesthésie empêchent de suturer la clavicule.

Pièce. Aspect d'un fibrôme bien encapsulé développé dans l'espace intercostal et non aux dépens de l'os ou du cartilage.

Suites opératoires : bonnes.

Température, avec un peu de dyspnée et pouls assez rapide les premiers jours. Le tout disparaît très promptement.

Au bout de huit jours (8 août), intervention pour suturer la clavicule.

Anesthésie générale éther.

Incision au devant de la clavicule sectionnée. On refait ainsi le pneumothorax et on constate qu'un hémithorax assez abondant s'écoule.

On place une vis de 5 à 6 centimètres assez grosse qui coapte les deux fragments (une vis plus fine placée d'abord s'est cassée au niveau de l'extrémité).

On met la malade en bascule pour vider le plus possible l'hémithorax et on suture la peau.

Suites opératoires : bonnes.

La température continue à osciller du fait de l'hémithorax mais en diminuant progressivement. Au bout de quelques jours la malade se lève et part le 23 août allant bien.

La vis sera à enlever dans quelques semaines.

Le 15 septembre. Ablation de la vis.

Le 15 novembre. Va bien mais il persiste une fistule de la clavicule.

On constate la perte de substance de la paroi thoracique sous la clavicule, large comme la paume de la main. A cet endroit il y a une dépression qui se

gonfle dans les efforts et dans la toux mais sans faire véritablement hernie.

Fin janvier. Elimination d'un petit séquestre.

La suppuration se tarit alors complètement.

Le 15 mai 1919. Va très bien, n'est pas essoufflée. Aucun symptôme fonctionnel.

Localement dans la toux et l'effort, saillie marquée.

Au repos, dépression marquée.

Aucun symptôme de récurrence.

La malade se sert bien de son bras.

Le 15 juillet 1919. Depuis plusieurs mois, la malade s'est aperçue, au niveau du coude droit, de la présence d'une petite tumeur indolore.

Elle a augmenté de volume à peu près du double depuis un mois.

Examen. Petite tumeur dure, mobile sur les os, cependant sous aponévrotique, située dans l'épaisseur des muscles sous-épitrochléens, au-dessous du coude droit.

Intervention. Anesthésie régionale.

On trouve la tumeur comme il est dit ci-dessus. Ablation en empiétant sur les muscles, en enlevant complètement l'aponévrose sus-jacente, en réséquant l'artère humérale adjacente à la tumeur.

Pièce. A la coupe, aspect d'une tumeur fibreuse bien encapsulée.

5 mai 1920. La malade revient pour une petite tumeur qu'elle a remarquée sur la face antérieure de l'avant-bras, au-dessous de la cicatrice de la dernière intervention. Cette tumeur est assez profonde, immobile, très floue comme limites.

Récurrence ou cicatrice des muscles sectionnés.

La malade l'a remarquée depuis quelques jours seulement, mais elle existait peut-être avant.

Décembre 1920. La malade a subi 12 séances de radiothérapie sur la cicatrice et 5 sur la tuméfaction

signalée plus haut. Celle-ci n'avait pas bougé jusqu'à ces temps-ci. Depuis 15 jours, elle augmente.

Actuellement, la tumeur a en effet augmenté ; elle a des contours plus nets, est toujours immobile, semblant adhérer au radius. Il semble bien que ce soit une récidive.

Le 23 décembre 1920. On emploie cette fois le radium.

Anesthésie locale. Incision jusqu'à la tumeur. Elle est sous les muscles, entre le long supinateur et les fléchisseurs, mais est sous-aponévrotique. En outre, paraît adhérente au radius. Elle est au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'avant-bras.

La tumeur est bien encapsulée, de la grosseur d'un gros marron.

Incision de la capsule, la tumeur est fendue en deux ; elle présente des tissus nettement fibreux.

Dans la tumeur, fendue comme une pomme, on place un tube de 50 milligrammes radium avec filtre caoutchouc qu'on laisse en place 48 heures.

Suites aseptiques. Les fourmillements sur la face dorsale du pouce et de l'index vont en diminuant.

Le 2 mars 1921. On sent la tuméfaction du volume d'avant l'intervention, mais moins nette comme contours. On ne peut la délimiter, sauf en haut du côté du coude.

Le 21 novembre 1921. Cicatrice de l'avant-bras sans changement.

Dans l'aisselle, le moignon formé par le grand pectoral forme une tumeur un peu dure et douloureuse.

Elle serait toujours ainsi depuis le début, d'après la malade.

Le 6 novembre 1922. Masse scléreuse de l'avant-bras sans changement. Probablement, elle est stérilisée.

Il y a un peu de difficulté à étendre le coude et surtout impossibilité de la supination.

Juin 1923. Vient pour une petite tuméfaction située sur la face dorsale de l'index droit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ou un peu en dehors d'elle, au-dessus de l'espace interdigital ; tumeur assez dure, immobile sur le squelette.

Intervention. Anesthésie régionale.

On incise et on découvre une tumeur qu'on dissèque ; elle adhère, en effet, assez intimement au squelette dont on la sépare. On coupe le tendon de l'extenseur commun allant à l'index en respectant l'extenseur propre.

On laisse à la place de la tumeur deux aiguilles de radium de 2 milligrammes, soit 4 milligrammes engainés dans une épaisseur de caoutchouc de 5 à 6 millimètres.

On laisse en place pendant 7 jours.

Biopsie. L'examen histologique répond : *fibrôme caractéristique.*

3 décembre 1924. La malade revient parce que, depuis une quinzaine de jours, elle présente un petit noyau du volume d'une noisette dans l'épaisseur de la commissure séparant le pouce de l'index. Cette petite tumeur, qui est intra-musculaire, paraît tenir à la face externe du deuxième métacarpien.

On la traite cette fois par du radium seul. On applique 2 tubes de 10 milligrammes avec filtre or sur cire de 2 centimètres d'épaisseur de chaque côté de la commissure. On laisse en place pendant 7 jours.

Biopsie. L'examen histologique répond cette fois encore : *fibrôme pur.*

Suites. Brûlures assez vives des deux côtés avec exulcérations pendant 1 mois.

Le 4 août 1925. Il reste une toute petite tuméfaction qui se sent uniquement à la face palmaire contre le 1^{er} métacarpien, du volume d'un gros pois, bien limité sur la face palmaire.

Décembre 1925. La tuméfaction susdite est stationnaire.

Fin juin 1926. Nouvelle tumeur à la face antérieure de l'avant-bras, un peu au-dessous de la tumeur, irradiée autrefois. Elle est du volume d'une noix, sous-aponévrotique, mobile avec les mouvements des fléchisseurs.

Opération. La tumeur, qui est bien limitée en bas, infiltre en haut le corps musculaire des fléchisseurs. On est entraîné, pour l'enlever, à faire l'ablation des corps musculaires des fléchisseurs superficiels et profonds. D'ailleurs, en haut, on tombe sur la zone cicatricielle occasionnée par le radium.

Biopsie. Coupe n° II, fibrôme presque entièrement encapsulé, sauf en un point (voir plus bas).

Etat actuel (octobre 1927). La malade ne présente actuellement aucune nouvelle tumeur. A la place de celles qui ont été enlevées, les tissus sont souples et sans aucune trace de récurrence.

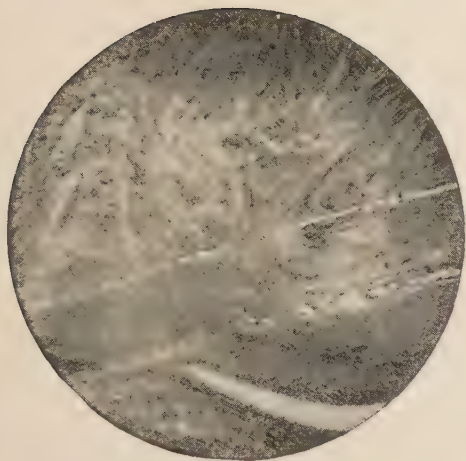
A la place de celles qui ont été irradiées, on trouve des noyaux cicatriciels durs, un peu douloureux, sans aucune tendance à l'accroissement, probablement stérilisés.

Au niveau de l'avant-bras, on note à la pression profonde quelques douleurs.

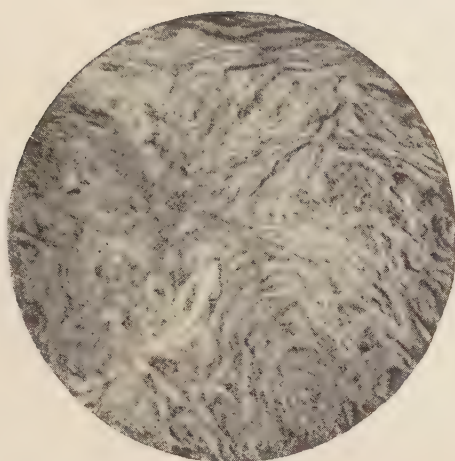
L'espace interdigital situé entre le pouce et l'index qui a été irradié est rétracté et le pouce ne peut s'écarter de l'index que de quelques centimètres. On sent dans cette région une induration diffuse avec cependant un noyau qu'on peut délimiter assez nettement. Cette induration et le noyau sont stationnaires depuis 3 ans.

Les mouvements de supination sont presque totalement impossibles.

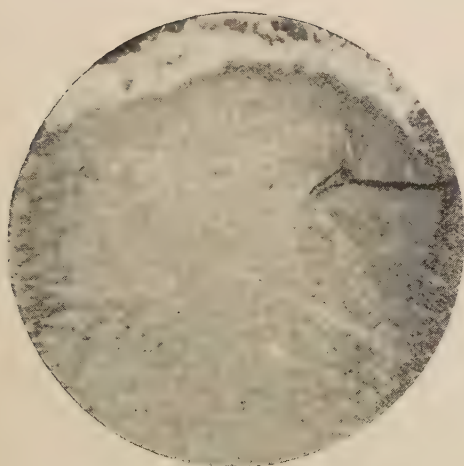
L'état général de la malade est très satisfaisant.



Coupe I. — Gross. 4



Coupe I. — Gross. 6



Coupe II. — Gross. 4



Coupe II. — Gross. 6

Coupes histologiques

La tumeur est formée par des cellules étoilées ou fusiformes à contours peu visibles, s'anastomosant par de fins prolongements. Le noyau est régulier, arrondi ou plus souvent ovalaire ; faiblement coloré par l'hématéine, contenant un ou deux nucléoles.

Les mitoses sont très rares, régulières. Entre les cellules, la substance fondamentale, colorée en jaune par le safran, se dispose sous forme de fines fibrilles collagènes, réunies en fascicules, anastomosés, enchevêtrés, d'orientations différentes, de directions parallèles à celles des cellules.

Le collagène n'est pas réparti également dans toute l'étendue de la tumeur. En certains points, il est particulièrement dense. Les fibrilles sont tassées les unes contre les autres prenant un aspect lamelleux et les cellules peu nombreuses sont alignées le long des bandes fibreuses.

En d'autres points, principalement au voisinage des vaisseaux, le collagène est moins abondant ; il est réparti en fibrilles, réunies en faisceau grêle, baignant dans une substance hyaline d'autant plus abondante

qu'on se rapproche des vaisseaux. Entre ces deux aspects, existent toutes les formes intermédiaires.

La tumeur est bien vascularisée et tous les vaisseaux du type adulte sans particularités. L'examen des bords permet de constater que la tumeur est partiellement encapsulée et qu'en un point de la coupe n° II elle se confond avec l'aponévrose musculaire voisine.

En résumé, il s'agit d'une tumeur formée de cellules fusiformes et de fibres collagènes. Les cellules sont peu nombreuses par rapport à la masse de la substance fondamentale ; elles sont régulières sans aucune monstruosité, les mitoses sont très rares. Les vaisseaux possèdent une paroi propre. Sauf en un point, la tumeur est encapsulée et on ne constate nulle part des signes d'envahissement des tissus voisins. Cette tumeur a donc, histologiquement, les caractères d'une tumeur bénigne : elle correspond au type que tous les classiques décrivent sous le nom de fibrôme.

Discussion des coupes histologiques

En présence de ces coupes histologiques, nous sommes amené à nous poser la question : à quel genre appartient cette tumeur ?

Certains auteurs ont signalé des réactions fibreuses des tissus autour d'un parasite tel que filaire, cysticerque.

N'en serait-ce pas un exemple ?

Dans ce cas, on trouve toujours au centre de la prolifération fibreuse une trace quelconque de l'infection, de l'inflammation parasitaire. Or, dans le cas présent, ni filaires ni cysticerques n'ont été trouvés malgré un examen attentif ; du reste, la marche clinique de la maladie n'avait rien de commun avec celle de ces affections.

Éliminé le parasitisme, nous allons nous demander : n'est-ce pas un sarcome à cellules fusiformes ;

Or, d'après Lecène (*Pathologie chirurgicale générale*, p. 238), le sarcome possède des noyaux ovoïdes, riches en chromatine en divisions indirectes, atypiques, toujours en quelque point bourgeonnants et volumineux.

Les vaisseaux sont abondants, mais *ne possèdent pas de paroi propre*.

De plus, les fibres collagènes n'existent pas dans le sarcome comme dans le fibrôme.

Tous ces éléments de différenciation nous montrent donc nettement que la tumeur envisagée n'est pas un sarcome.

C'est donc bien un fibrôme.

Diagnostic

Voici donc établi le fait que la tumeur en question est un fibrôme. Mais quelle variété de fibrôme est-ce ? Et tout d'abord il est une affection donnant des tumeurs multiples, à répétitions, dans l'épaisseur des téguments et dans la profondeur des tissus des membres, qui rappelle en ses grandes lignes la description que nous avons faite du cas qui nous occupe : nous voulons parler de la neuro-fibrômatoïse ou maladie de Recklinghausen.

Voyons quelles sont les caractéristiques de cette affection.

Tout d'abord les auteurs sont d'accord pour attribuer à la neuro-fibrômatoïse un caractère héréditaire. Cunéo, dans le *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, dit : « Il est très fréquent de retrouver la même maladie chez les parents ou les consanguins » ; Herczel, Bruns, Czerny l'ont suivie sur trois générations. Adrian rapporte l'histoire d'une malade atteinte de polynévrome et dont trois enfants sur cinq présentaient des signes indiscutables de la même affection. »

Or, d'après un interrogatoire serré, il découle que la famille de notre malade n'a jamais présenté aucune trace de cette maladie.

De plus, la neuro-fibrômatoïse comporte trois caractères presque constants : la pigmentation, les tumeurs cutanées et les tumeurs des troncs nerveux.

La pigmentation fait rarement défaut. Elle est soit punctiforme, semée de granulations d'une finesse extrême, soit en taches de dimensions très variables et de formes irrégulières, soit plus rarement diffuse, donnant au malade une teinte terreuse.

Dans le cas que nous présentons nous n'avons trouvé que des taches de rousseur banales toujours connues de la malade.

Les tumeurs cutanées, elles, se présentent soit sous la forme de tumeurs circonscrites, soit sous l'aspect d'une hypertrophie diffuse. Les tumeurs circonscrites qui sont les seules pouvant nous intéresser sont adhérentes à la peau, sessiles ou pédiculées, mais exceptionnelles au niveau des extrémités des membres.

De plus, au point de vue histologique, le tissu néoplasique englobe les éléments normaux de l'hypoderme, follicules pileux, glandes sébacées, etc., et contiennent des fibres myéliniques altérées mais très reconnaissables.

Tous ces caractères sont nettement différents de ce que nous avons observé pour notre malade dont les tumeurs successives étaient situées profondément dans les tissus, sans aucun rapport avec les téguments et dont l'examen histologique ne révélait aucun caractère nerveux.

Quant aux tumeurs des nerfs, elles pourraient cliniquement ressembler aux tumeurs de notre cas ; elles siègent généralement des deux côtés du corps sans

aucune symétrie apparente, ou occuper presque exclusivement un seul côté. Les nerfs des membres sont aussi le plus généralement touchés.

Mais alors on voit histologiquement le point de départ nerveux de la tumeur. Elle présente une analogie remarquable avec les névromes solitaires. Au milieu d'éléments d'apparence conjonctive on aperçoit des cellules polymorphes dont le protoplasme contient des granulations myéliniques. En outre, aux extrémités de cette tumeur, on retrouve le nerf avec ses caractères particuliers.

On voit donc, par tout ce qui précède, que le diagnostic de neuro-fibrômatose ne saurait être accepté.

On a vu aussi des fibrômes subir, sous une influence quelconque, la transformation sarcomateuse et donner lieu à des métastases.

Nous ne nous arrêterons pas à cette conjecture réduite à néant par les examens histologiques.

Dans quelle classe alors allons-nous faire rentrer ce fibrôme à marche si particulière ?

Eh bien c'est là justement que réside la difficulté.

En effet, les fibrômes sont considérés par tous les auteurs comme des tumeurs bénignes, bien encapsulées, ne récidivant pas après ablation. Le caractère fondamental de la malignité d'une tumeur est la propriété de donner des métastases, dit Lecène. Il semble donc que le fibrôme, en se reproduisant, acquiert un caractère de malignité spéciale, toute relative, puisqu'il n'y a pas de généralisations et que la marche en est extrêmement lente.

Dans le cas présent, la localisation de 1926 à l'avant-

bras semble rentrer dans une catégorie spéciale de fibrômes non complètement encapsulés pouvant donner des récidives au point d'apparition primitive. En effet, on trouve mentionnée dans le *Traité d'Histologie pathologique*, de Pierre Masson, une variété de fibrômes semblant avoir des rapports avec le cas particulier de notre observation. Voici du reste le texte lui-même : « Par définition les fibrômes sont des tumeurs bénignes. Il ne faudrait pas cependant considérer cette bénignité comme absolue. Certains fibrômes de la cuisse et d'autres développés dans la région pararénale ont, malgré l'aspect adulte de leurs cellules et leur richesse en fibres collagènes, une allure envahissante, une tendance à la récidive qui, malgré la lenteur de leur accroissement, autorisent à les considérer comme des tumeurs malignes. Cytologiquement ils sont identiques aux fibrômes les plus bénins. L'étude de leur pourtour montrera parfois leur limitation imprécise mais il faut avouer que le critérium histologique de leur malignité nous manque. »

Lecène et Lamarre ont insisté sur cette limitation imprécise à certains endroits de certains fibrômes de la paroi abdominale où la capsule fibreuse n'existe pas et où le tissu fibreux se développe entre les fibres musculaires.

D'autre part, Ombredanne (*in* Gilbert et Fournier), parlant de ces fibrômes de la paroi abdominale s'exprime ainsi : « Faut-il admettre qu'il en existe plusieurs variétés, faut-il plutôt penser que le processus néoplasique se fixe sur une lésion d'irritation chronique banale ? Nous nous heurtons à chaque instant à cette

question des relations entre l'inflammation et le cancer, question insoluble à l'heure actuelle. »

Il semble que l'on pourrait rapprocher ces fibrômes des chéloïdes si on les considère comme résultant d'une prédisposition, particulière et individuelle, aux formations fibreuses se localisant en divers points des téguments.

Les fibrômes ne sont donc pas les tumeurs toujours bénignes que l'on décrit et ils présentent quelquefois une malignité locale qui se traduit par des récives après ablation. Mais existe-t-il une malignité véritable se traduisant par la reproduction à distance d'une tumeur du même type histologique que la tumeur primitive. C'est là, on le sait, le caractère essentiel des tumeurs vraiment malignes. A première vue notre observation paraîtrait le prouver et il semble que l'on soit en présence d'une variété exceptionnelle de fibrômes qui envoie des métastases en divers points de l'organisme.

La chose n'a jamais été signalée par aucun auteur et il semble même que ce soit impossible tellement c'est contraire à ce que nous savons de l'histoire naturelle des tumeurs. Seul, Letulle dit : « Les observations de tumeurs conjonctives bénignes (fibrômes leïomyomes) mais ayant donné lieu cependant à des *embolies métastatiques* existent en assez grand nombre pour imposer une grande réserve au pronostic de ces tumeurs ».

Mais sur quoi Letulle appuie-t-il ses affirmations ? Nous lui avons écrit à ce sujet sans obtenir de réponse. Notre cas serait-il un de ces cas ? Non, car rien n'autorise à dire que ce sont des métastases. Celles-ci, en

effet, sont constituées par un transport de cellules néoplasiques, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique, en divers points distants du point d'apparition primitif de la tumeur. Or rien ne nous autorise à affirmer ce fait dans notre cas.

Nous admettrons donc une autre interprétation. Il s'agit chez la malade d'une prédisposition particulière à faire des fibrômes qui tous peuvent être bénins. On pourrait les rapprocher alors des lipomatoses, qui présentent des caractères semblables.

En résumé, il semble que nous ayons affaire à une variété curieuse de tumeurs à laquelle on ne peut donner d'interprétation précise ni de place fixe et bien délimitée dans la classification actuelle.

Nous ne pouvons les appeler *métastases*, ce terme impliquant la notion de transplantation de cellules primitives, le critérium de cette transplantation nous manquant.

Le terme de *récidive* nous semble comporter l'idée de localisation unique, ce qui à une exception près au cours de notre observation n'est pas le cas.

Quant au titre de *fibrômatose* du membre supérieur qui serait le titre le plus exact si on lui donnait le sens de « certaine prédisposition du sujet au fibrôme » il présente trop à l'esprit la maladie de Recklinghausen pour que nous l'ayons pris en considération.

Le terme de fibrôme du membre supérieur à localisations multiples et successives, basé sur l'évolution clinique de l'affection nous paraît donc à tous points de vue être le meilleur.

C'est pourquoi nous l'avons conservé.

Thérapeutique

Nous avons vu combien la tumeur dont nous rapportons l'histoire est curieuse au point de vue clinique et diagnostic. Elle est non moins étrange au point de vue thérapeutique.

Si nous reprenons l'observation, nous voyons qu'elle a été traitée successivement au cours de ses apparitions multiples par tous les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle dans la lutte contre les tumeurs. On a employé à tour de rôle : le bistouri pour une exérèse totale, les rayons X, le radium en aiguilles, le radium en tubes pour des irradiations, et enfin, bistouri et radium combinés.

Quels sont les résultats pratiques observés au cours de ces divers traitements. Tout d'abord, à première vue, les tumeurs semblent guéries aussi bien par l'ablation totale que par le radium, en ce sens qu'elles ne récidivent pas localement, exception faite pour celle de 1926, qui du reste, ne paraissait pas avoir de relations avec la tumeur de 1920 traitée par le radium.

Les deux premières interventions, celle de 1918 et celle de 1919, où l'on a pratiqué l'exérèse large, n'ont laissé aucune trace de la tumeur primitive et n'ont donné lieu à aucune récidive locale.

Celle de 1920, où l'on a fait 5 séances de radiothérapies et où l'on a placé dans la tumeur un tube de radium n'a pas donné de récurrence non plus au lieu exact de la tumeur primitive, on a seulement observé un peu en dessous, en 1926, une autre tumeur. Est-ce récurrence véritable, est-ce localisation postérieure n'ayant aucun rapport avec la précédente, question difficile à résoudre, mais qui semble bien pouvoir être tranchée dans le sens de la seconde conjecture.

L'intervention de 1923 a mis en œuvre l'association du bistouri et du radium. Là non plus on n'a pas observé de récurrences locales.

Celle de 1924 s'est bornée à une irradiation à distance par deux tubes de radium. La tumeur est devenue dure et n'a plus présenté d'accroissement. Elle est donc probablement stérilisée.

Quant à celle de 1926, elle a été une exérèse très complète. On ne peut actuellement rien dire sur ses suites ultérieures.

De toutes ces méthodes de traitement successivement employées, il résulte que :

1^o Cette tumeur curieuse semble influencée nettement par les radiations alors que le fibrôme est considéré comme généralement peu radiosensible, mais que les rayons ont été moins puissants que le bistouri.

2^o Dans le cas présent l'exérèse totale a été semble-t-il le meilleur moyen de traitement, puisque jamais on n'a observé de récurrences locales au point de l'ablation. C'est donc ce traitement qui est le traitement de choix.

CONCLUSIONS

Voici donc l'histoire d'une tumeur du membre supérieur qui s'est reproduite en différents endroits du même membre.

Nous avons prouvé qu'il s'agissait bien d'un fibrôme pur n'ayant par ailleurs aucun rapport avec la maladie de Recklinghausen.

Le fibrôme donc est susceptible, dans certains cas, d'une certaine malignité relative, puisqu'il peut réparaître après ablation.

Le fait est rare et difficile à classer parmi nos données actuelles sur les tumeurs.

Ceci nous porte à poser la question : le fibrôme existe-t-il en tant qu'entité tumorale ? Le processus si banal de prolifération active de fibroplaste en marge d'une inflammation ne doit-il pas nous expliquer la formation d'un grand nombre de fibrômes ? La chéloïde, les productions fibreuses quelquefois considérables

dans les affections parasitaires en sont des exemples. Les fibrômatoeses généralisées ou récidivantes ne sont-elles pas seulement l'expression visible d'une affection générale à localisations multiples?

Question à laquelle on ne peut actuellement répondre.

Le Président de la thèse,
PATEL.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
ROLLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 14 octobre 1927.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
GHEUSI.

